BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan dengan Konstipasi

2.1.1 Definisi

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang bersifat alamiah dan bukan merupakan kondisi patologis. Perubahan yang terjadi selama kehamilan dapat menimbulkan berbagai keluhan apabila tidak diantisipasi dengan baik. Masa kehamilan berlangsung sekitar 280 hari atau 40 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir dan terbagi menjadi tiga trimester. Selama periode tersebut, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan hormonal dan mekanis yang berpengaruh terhadap sistem tubuh, termasuk sistem pencernaan (Kasmiati et al., 2023).

Berbagai keluhan masalah psikologis, fisik dan fisiologis, akan sering muncul pada TM III, kehamilan dengan konstipasi merupakan salah satu keluhan sistem gastrointestional yang umum di alami oleh ibu hamil. Kata konstipasi atau *constipation* berasal dari bahasa Latin *constipare* yang berarti bergerombol bersama menyusun menjadi menggumpal padat atau keras. Konstipasi ini adalah gejala defikasi yang tidak memuaskan ditandai dengan buang air besar kurang dari tiga kali dalam 1 minggu atau kesulitan dalam evakuasi feses akibat feses yang keras (Cholifah et al., 2022).

Konstipasi bukanlah merupakan suatu penyakit melainkan suatu gejala, penderita mengeluhkan proses mengedan terlalu kuat (52%), tinja yang keras seperti batu (44%), ketidakmampuan defekasi saat diinginkan (34%) dan

defekasi yang jarang (33%). Bentuk feses berdasarkan *Bristol Stool Chart*, yaitu alat klasifikasi yang membagi bentuk tinja menjadi tujuh tipe. Tipe 1 berupa gumpalan kecil yang keras dan terpisah seperti kacang, sedangkan tipe 2 berbentuk seperti sosis tetapi bergumpal; kedua tipe ini menunjukkan konstipasi. Tipe 3 berbentuk seperti sosis dengan permukaan retak-retak dan tipe 4 berbentuk seperti ular atau sosis yang halus dan lunak, yang keduanya dianggap sebagai bentuk feses normal. Tipe 5 berupa gumpalan lunak dengan tepi yang jelas, tipe 6 berupa potongan lembek dengan tepi tidak beraturan, dan tipe 7 berupa feses cair tanpa bagian padat, yang menunjukkan kecenderungan diare (Harvey et al., 2023).

Konstipasi merupakan suatu keadaan yang sering ditemukan di dalam masyarakat, pada umumnya dihubungkan dengan kurangnya konsumsi serat, kurang minum dan kurangnya aktifitas fisik. Pemakaian obat-obatan dan gejala depresi juga dihubungkan dengan terjadinya konstipasi (Salari et al., 2024).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Makmun et al., 2023), etiologi konstipasi dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kategori utama, yaitu penyebab primer (idiopatik) dan sekunder. Pada ibu hamil, faktor hormonal dan mekanik menjadi faktor dominan, namun penyebab lain tetap perlu dipertimbangkan secara klinis.

1) Konstipasi primer (idiopatik)

   Konstipasi primer merupakan diagnosis eksklusi, yaitu ditegakkan setelah penyebab organik disingkirkan. Kondisi ini meliputi:

a. Konstipasi Transit Normal (*Normal Transit Constipation*/NTC)

Pada kondisi ini, waktu transit feses di kolon normal, namun pasien tetap mengalami kesulitan saat defekasi, seperti mengejan berlebihan atau sensasi tidak tuntas.

b. Konstipasi Transit Lambat (*Slow Transit Constipation*/STC)

Ditandai dengan penurunan motilitas kolon sehingga frekuensi buang air besar jarang, dorongan defekasi berkurang, dan sering memerlukan usaha mengejan yang kuat.

c. Disfungsi Dasar Panggul (*Pelvic Floor Dysfunction*)

Terjadi gangguan koordinasi otot dasar panggul saat proses defekasi. Pasien biasanya mengeluhkan sensasi tidak tuntas, mengejan lama atau berlebihan, serta kadang memerlukan tekanan manual pada perineum.

2) Konstipasi Sekunder

a. Faktor pola makan dan gaya hidup

(1) Asupan serat yang tidak adekuat

(2) Kurangnya konsumsi cairan

(3) Konsumsi berlebihan kopi, teh, atau alkohol

(4) Aktivitas fisik yang rendah

b. Penyebab anatomi (struktural)

Kelainan struktural yang dapat menyebabkan konstipasi meliputi, stenosis atau atresia anus, Fisura ani, Anus imperforate, Hemoroid thrombosis, Striktur usus, Tumor obstruktif, Striktur anus.

c. Kelainan otot

Gangguan pada sistem otot dapat memengaruhi proses defekasi karena kelemahan atau kelainan struktur otot berperan dalam mekanisme peningkatan tekanan intraabdomen dan koordinasi saat pengeluaran feses. Beberapa kondisi yang termasuk dalam kategori ini antara lain distrofi otot yang menyebabkan kelemahan progresif pada otot rangka termasuk otot abdomen, sindrom down yang sering dikaitkan dengan hipotonia otot sehingga menghambat efektivitas mengejan, gastroskisis yaitu kelainan kongenital pada dinding abdomen yang dapat memengaruhi fungsi saluran cerna, serta berbagai gangguan dinding abdomen lainnya yang mengurangi kemampuan otot dalam mendukung proses defekasi secara optimal.

d. Penyebab neurologis

Gangguan pada sistem saraf yang memengaruhi motilitas usus antara lain penyakit Hirschsprung, pseudo-obstruksi intestinal, displasia neuron usus, spina bifida, stroke, penyakit Parkinson, multiple sclerosis, dan penyakit Chagas.

e. Obat-obatan

Beberapa obat yang dapat memperlambat motilitas usus antara lain antikolinergik, opioid (narkotika), antidepresan, suplemen zat besi, penghambat saluran kalsium, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), obat psikotropika, serta intoksikasi vitamin D.

f. Gangguan metabolik dan endokrin

Kondisi metabolik dan endokrin yang dapat menyebabkan konstipasi meliputi hipokalemia, hiperkalsemia, hipotiroidisme, diabetes melitus, dan diabetes insipidus.

g. Penyebab lain

Beberapa kondisi medis lain yang berhubungan dengan konstipasi antara lain penyakit celiac, alergi protein susu sapi, fibrosis kistik, penyakit radang usus, dan skleroderma.

Secara khusus, konstipasi pada kehamilan terjadi akibat kombinasi faktor hormonal, mekanik, serta perubahan gaya hidup yang menyertai proses fisiologis gestasi. Perubahan-perubahan ini bersifat multifaktorial dan saling berkontribusi dalam memperlambat motilitas usus serta meningkatkan reabsorpsi cairan di kolon (Anggrahayu et al., 2023).

1) Perubahan hormonal

Peningkatan kadar hormon progesteron selama kehamilan menyebabkan relaksasi otot polos, termasuk otot polos saluran cerna. Kondisi ini mengakibatkan penurunan tonus dan peristaltik usus sehingga waktu transit kolon menjadi lebih lama. Akibatnya, penyerapan air di kolon meningkat dan feses menjadi lebih keras.

2) Penekanan mekanik oleh uterus

Seiring bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus menekan kolon dan rektum, terutama pada trimester II dan III. Tekanan mekanik ini menghambat pergerakan feses dan memperburuk perlambatan transit usus.

3) Suplementasi zat besi

Pemberian tablet zat besi (Fe) sebagai bagian dari program pencegahan anemia pada ibu hamil sering menimbulkan efek samping berupa konstipasi. Zat besi dapat mengubah konsistensi feses menjadi lebih keras serta memperlambat motilitas usus.

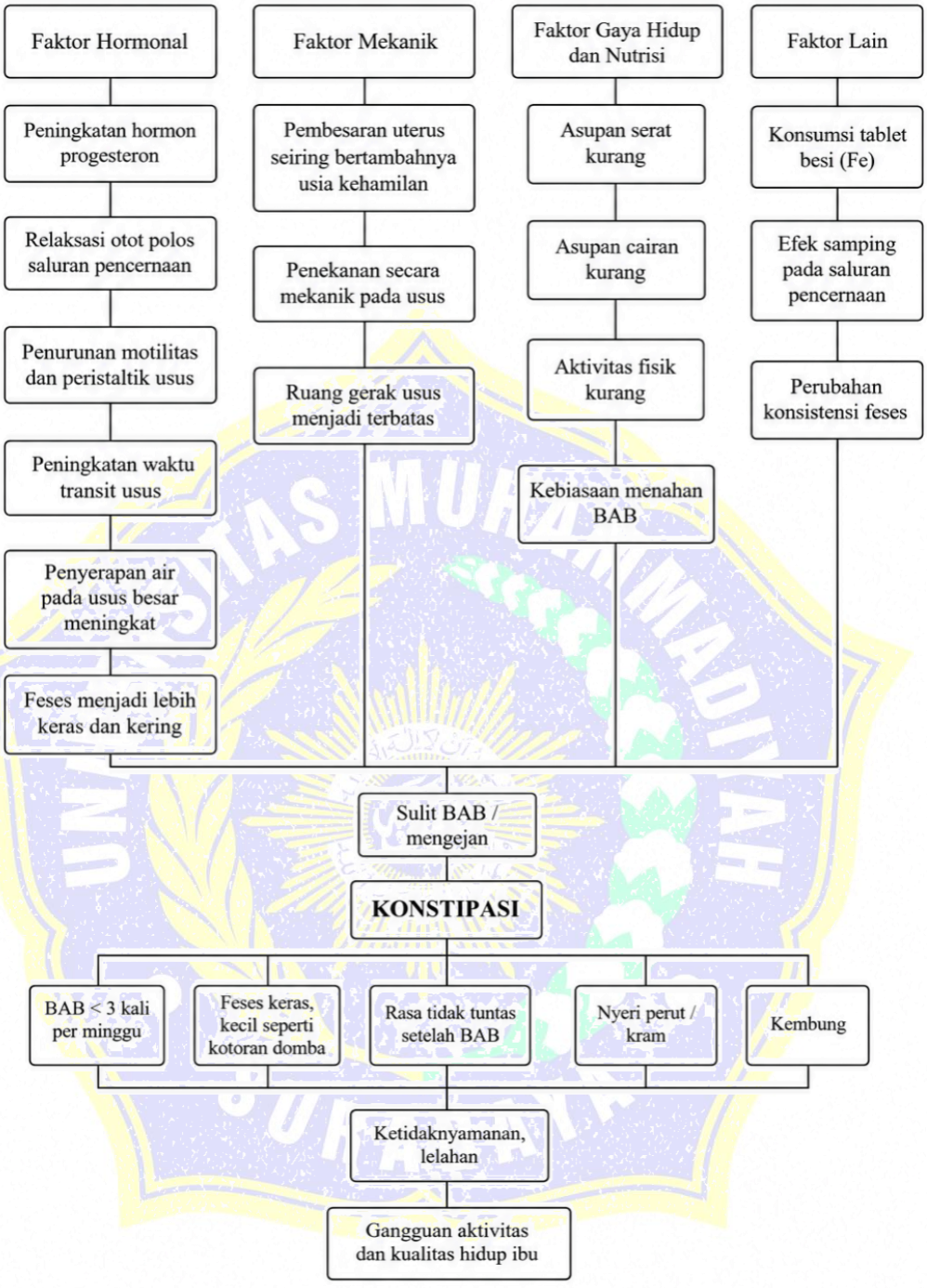
4) Penurunan aktivitas fisik

Beberapa ibu hamil mengalami penurunan aktivitas fisik karena rasa lelah atau ketidaknyamanan. Kurangnya aktivitas dapat memperlambat peristaltik usus dan memperpanjang waktu transit feses.

5) Asupan serat dan cairan yang kurang

Asupan serat yang tidak adekuat serta kurangnya konsumsi cairan dapat menyebabkan feses menjadi keras dan sulit dikeluarkan. Kondisi ini semakin memperberat konstipasi selama kehamilan.

2.1.3 Patofisiologi



Gambar 2. 1 Pathway Konstipasi Ibu Hamil

Sumber: (Anggrahayu et al., 2023; Makmun et al., 2023; Sembiring, 2023; S. Utami, 2025)

Konstipasi terjadi akibat gangguan pada proses fisiologis saluran cerna, khususnya pada motilitas kolon dan mekanisme refleks defekasi. Secara

normal, kolon melakukan gerakan peristaltik untuk mendorong sisa makanan menuju rektum, sekaligus menyerap air dan elektrolit (Sembiring, 2023). Pada kondisi konstipasi, terjadi perlambatan peristaltik sehingga waktu transit feses di dalam kolon menjadi lebih panjang. Akibatnya, reabsorpsi air berlangsung lebih banyak dari normal, menyebabkan feses menjadi keras, kering, dan sulit dikeluarkan. Feses yang keras ini memerlukan peningkatan tekanan intraabdomen saat defekasi, sehingga individu harus mengejan lebih kuat dan seringkali merasa tidak tuntas setelah buang air besar (Makmun et al., 2023).

Gangguan juga dapat terjadi pada refleks defekasi. Secara fisiologis, peregangan dinding rektum oleh feses akan merangsang reseptor regangan yang memicu relaksasi sfingter ani interna serta koordinasi otot dasar panggul untuk mempermudah pengeluaran feses. Pada konstipasi, dapat terjadi penurunan sensitivitas rektum atau gangguan koordinasi antara otot rektum, sfingter ani, dan dasar panggul, sehingga proses defekasi menjadi tidak efektif (Wulan et al., 2023). Ketidaksinkronan ini menyebabkan hambatan dalam pengeluaran feses meskipun dorongan untuk BAB sudah ada. Berdasarkan proses terjadinya, konstipasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu konstipasi karena kelainan struktural dan konstipasi fungsional. Konstipasi akibat kelainan struktural terjadi karena adanya hambatan fisik atau sumbatan pada saluran usus sehingga tinja sulit keluar. Sementara itu, konstipasi fungsional terjadi bukan karena adanya sumbatan, tetapi karena gerakan usus yang melambat atau gangguan koordinasi otot saat proses buang air besar (Anggrahayu et al., 2023).

Pada kehamilan, perubahan patofisiologi konstipasi terjadi secara bertahap sesuai dengan trimester. Pada trimester pertama, peningkatan kadar hormon progesteron mulai menyebabkan relaksasi otot polos saluran cerna, sehingga motilitas usus menurun dan waktu transit kolon memanjang (A. Fitriani et al., 2022). Memasuki trimester kedua, efek progesteron semakin nyata dan disertai dengan mulai membesarnya uterus, yang memberikan tekanan pada usus sehingga pergerakan feses semakin lambat. Pada trimester ketiga, pembesaran uterus yang semakin signifikan meningkatkan tekanan mekanik terhadap kolon dan rektum, sehingga hambatan pengosongan usus lebih jelas terjadi. Kombinasi antara efek hormonal yang menurunkan tonus dan peristaltik usus serta tekanan mekanik dari uterus menyebabkan peningkatan reabsorpsi air di kolon, sehingga feses menjadi lebih keras dan konstipasi lebih sering dikeluhkan pada trimester kedua dan ketiga (Makmun et al., 2023).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala konstipasi umumnya ditandai dengan kesulitan saat buang air besar, seperti harus mengejan terlalu kuat, tinja terasa keras atau kering, membutuhkan waktu yang lama di toilet, serta frekuensi buang air besar kurang dari tiga kali dalam satu minggu. Keluhan lain yang sering dirasakan adalah perasaan buang air besar yang tidak tuntas, perut terasa penuh atau kembung, dan tidak nyaman di bagian perut bawah (Makmun et al., 2023).

Para ahli gastroenterologi di Eropa dan Amerika menegakkan diagnosis konstipasi fungsional, dengan mengembangkan kriteria yang dikenal sebagai Kriteria Roma. Pada Kriteria Roma II, seseorang dapat dikatakan mengalami

konstipasi fungsional apabila selama sedikitnya 12 minggu (tidak harus berturut-turut) dalam 12 bulan terakhir mengalami dua atau lebih dari kondisi berikut, mengejan kuat saat lebih dari seperempat kali buang air besar, tinja keras pada lebih dari seperempat kali buang air besar, rasa tidak tuntas setelah buang air besar, sensasi adanya sumbatan di anus atau rektum, memerlukan bantuan manual seperti menggunakan jari atau menekan daerah sekitar anus, serta frekuensi buang air besar kurang dari tiga kali per minggu. Kondisi ini tidak disertai diare dan tidak memenuhi kriteria *irritable bowel syndrome* (IBS) (Salari et al., 2024).

Kriteria Roma II belum sepenuhnya divalidasi khusus untuk wanita hamil. Oleh karena itu, dalam beberapa penelitian pada ibu hamil, kriteria ini dimodifikasi menjadi keluhan yang muncul lebih dari satu kali dalam empat kali buang air besar selama satu bulan terakhir (Anggrahayu et al., 2023). Pada pemeriksaan fisik ibu hamil dengan keluhan konstipasi, tenaga kesehatan perlu memastikan tidak terdapat penyebab lain seperti sumbatan usus, tanda-tanda ileus, atau kondisi abdomen akut. Pemeriksaan colok dubur dapat dilakukan untuk menilai adanya penumpukan tinja yang mengeras (*fecal impaction*), massa atau tumor, fisura ani, maupun hemoroid. Jika tidak ditangani dengan baik, konstipasi dapat menimbulkan komplikasi seperti mual, muntah, penurunan nafsu makan, hemoroid, fisura ani, inkontinensia alvi, perdarahan rektal, fecal impaction, hingga dalam kasus yang jarang terjadi dapat memicu prolapsus uteri (Salari et al., 2024).

2.1.5 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan Non Farmakologis

Penatalaksanaan awal konstipasi pada kehamilan dilakukan dengan metode non-farmakologis sebagai terapi lini pertama sebelum pemberian obat. Adapun menurut (Anggrahayu et al., 2023; Makmun et al., 2023), langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan asupan serat

Pemenuhan kebutuhan serat pada ibu hamil sekitar 25–30 gram per hari merupakan intervensi utama dalam penatalaksanaan konstipasi secara non-farmakologis. Secara patofisiologis, serat berperan dalam meningkatkan massa feses dan mempercepat waktu transit kolon. Serat larut (seperti yang terdapat pada apel, jeruk, stroberi, dan oat) bekerja dengan menyerap air dan membentuk gel sehingga membantu melunakkan konsistensi tinja. Sementara itu, serat tidak larut (terdapat pada sayuran hijau, sereal gandum utuh, kacang-kacangan, dan biji-bijian) meningkatkan bulk feses dan merangsang gerakan peristaltik usus melalui stimulasi mekanik pada dinding kolon.

Sebagai tenaga kesehatan, bidan perlu melakukan edukasi secara individual dan menilai pola makan ibu terlebih dahulu sebelum memberikan rekomendasi peningkatan serat. Peningkatan serat harus dilakukan secara bertahap karena peningkatan mendadak dapat menyebabkan flatulensi dan distensi abdomen akibat fermentasi bakteri usus. Selain itu, asupan serat yang tinggi harus

diimbangi dengan kecukupan cairan, karena tanpa cairan yang adekuat justru dapat memperberat konstipasi.

b. Meningkatkan asupan cairan

Kebutuhan cairan pada ibu hamil meningkat sekitar 300 ml dari kebutuhan normal, sehingga total kebutuhan harian berkisar ±2.300 ml per hari, tergantung kondisi individu. Cairan berperan penting dalam mempertahankan konsistensi feses agar tidak terlalu keras akibat peningkatan reabsorpsi air di kolon. Secara fisiologis, ketika asupan cairan kurang, kolon akan menyerap lebih banyak air sehingga feses menjadi kering dan sulit dikeluarkan.

Bidan perlu melakukan asesmen terhadap kebiasaan minum ibu, termasuk jenis dan jumlah cairan yang dikonsumsi. Dianjurkan konsumsi air putih secara cukup dan teratur, termasuk satu gelas air hangat setelah bangun tidur untuk merangsang refleks gastrokolik. Konsumsi minuman berkafein berlebihan perlu dibatasi karena dapat bersifat diuretik dan meningkatkan risiko dehidrasi relatif. Edukasi ini harus disesuaikan dengan kondisi klinis ibu, seperti adanya edema atau gangguan ginjal.

c. Melakukan aktivitas fisik ringan secara rutin

Aktivitas fisik ringan seperti jalan pagi, peregangan, terbukti membantu meningkatkan motilitas gastrointestinal. Secara patofisiologis, aktivitas fisik merangsang kontraksi otot polos usus dan mempercepat waktu transit kolon. Kurangnya mobilitas,

terutama pada ibu hamil yang banyak beristirahat, dapat memperlambat pergerakan usus sehingga memperberat konstipasi.

Bidan perlu memberikan edukasi berbasis keamanan trimester, mempertimbangkan kondisi obstetri seperti risiko persalinan prematur atau komplikasi lainnya. Aktivitas fisik sebaiknya dilakukan secara teratur dengan intensitas ringan hingga sedang, minimal 20–30 menit per hari sesuai toleransi ibu (Sembiring, 2023; S. Utami, 2025).

d. Mengatur pola makan dengan prinsip gizi seimbang

Pendekatan gizi seimbang tidak hanya berfokus pada kecukupan makronutrien dan mikronutrien untuk pertumbuhan janin, tetapi juga berperan dalam menjaga fungsi sistem pencernaan. Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat kompleks, protein berkualitas, lemak sehat, vitamin, mineral, serta cukup serat dari sayur dan buah akan mendukung kesehatan usus.

Bidan perlu melakukan konseling nutrisi secara komprehensif, termasuk mengevaluasi konsumsi makanan olahan, tinggi lemak, dan tinggi gula yang dapat memperlambat pengosongan lambung serta memperburuk konstipasi. Pola makan dengan porsi kecil namun sering dapat membantu mengoptimalkan refleks gastrokolik dan mengurangi ketidaknyamanan gastrointestinal.

e. Mengelola stres dan tidak menahan BAB

Faktor psikologis seperti stres dan kecemasan dapat memengaruhi sistem saraf enterik dan mengganggu koordinasi refleks defekasi.

Secara fisiologis, stres dapat meningkatkan aktivitas simpatis yang justru menghambat motilitas usus. Selain itu, kebiasaan menahan keinginan BAB akan menyebabkan reabsorpsi air semakin meningkat di rektum sehingga feses menjadi lebih keras.

Bidan perlu melakukan pendekatan holistik dengan mengidentifikasi faktor psikososial yang memengaruhi ibu hamil serta memberikan edukasi tentang pentingnya merespons dorongan BAB secara segera dan membentuk pola eliminasi yang teratur.

f. Mengonsumsi probiotik dan bahan alami tertentu

Probiotik berperan dalam menjaga keseimbangan mikrobiota usus dan meningkatkan fermentasi serat sehingga menghasilkan asam lemak rantai pendek yang dapat merangsang pergerakan usus. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa probiotik tertentu dapat membantu memperbaiki frekuensi dan konsistensi feses pada konstipasi ringan hingga sedang.

Penggunaan bahan alami seperti jahe dapat membantu mengurangi keluhan mual dan kembung pada ibu hamil, meskipun efek langsung terhadap konstipasi masih perlu dikaji lebih lanjut. Sebagai tenaga profesional, bidan harus bersikap kritis terhadap penggunaan terapi tambahan, memastikan keamanan bagi ibu dan janin, serta mempertimbangkan bukti ilmiah sebelum merekomendasikannya.

g. Prenatal Yoga

Salah satu pendekatan non-farmakologis yang dapat membantu mengatasi konstipasi adalah yoga prenatal. Yoga prenatal

merupakan latihan fisik ringan yang dirancang khusus untuk ibu hamil dengan gerakan yang aman dan terkontrol (Patiyah et al., 2021). Secara fisiologis, yoga membantu merangsang sistem pencernaan melalui peregangan dan gerakan lembut yang memijat organ abdomen, meningkatkan sirkulasi darah ke saluran cerna, serta menstimulasi aktivitas saraf parasimpatis yang berperan dalam proses eliminasi. Dengan demikian, yoga dapat membantu meningkatkan keteraturan buang air besar, mengurangi kembung, serta memperbaiki kenyamanan abdomen (Wulandari & Wantini, 2021).

Adapun beberapa gerakan prenatal yoga yang dapat dilakukan ibu hamil untuk mengatasi konstipasi, yakni dengan gerakan *cat-cow*, *seated forward bend*, *supine spinal twist*, *pawanmuktasana*, dan *malasana* (Frafitasari et al., 2023; Patiyah et al., 2021).

2) Penatalaksanaan Farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis pada konstipasi ibu hamil hanya dipertimbangkan apabila intervensi non-farmakologis tidak memberikan hasil yang optimal, seperti setelah edukasi peningkatan serat, cairan, dan aktivitas fisik telah dilakukan secara adekuat namun keluhan tetap menetap (Cholifah & Rinata, 2022). Secara prinsip, terapi obat pada kehamilan harus mempertimbangkan aspek keamanan ibu dan bayi, risiko efek samping, serta manfaat klinis yang diperoleh. Oleh karena itu, seluruh terapi farmakologis pada ibu hamil harus diberikan berdasarkan evaluasi dan resep dokter, bukan atas inisiatif sendiri atau rekomendasi

non-medis. Bidan berperan dalam melakukan deteksi dini, edukasi, pemantauan efek terapi, serta kolaborasi rujukan apabila diperlukan (Kasmiati et al., 2023).

Penggunaan laksatif pada ibu hamil tidak dianjurkan sebagai terapi jangka panjang karena dapat menyebabkan ketergantungan usus (*lazy bowel syndrome*), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta potensi efek sistemik tertentu. Pemilihan jenis laksatif harus mempertimbangkan mekanisme kerja, keamanan pada kehamilan, serta kondisi klinis ibu. Secara umum, obat pencahar dibagi menjadi beberapa golongan, yaitu:

a. Bulking agents

   Obat ini bekerja dengan menambah volume tinja sehingga lebih mudah dikeluarkan. Golongan ini relatif aman karena tidak diserap oleh tubuh. Contohnya psyllium, yang termasuk kategori B untuk kehamilan menurut FDA. Namun, penggunaannya harus disertai asupan cairan yang cukup dan dapat menimbulkan efek samping seperti kembung atau kram perut.

b. Stool softeners (pelunak tinja)

   Membantu melunakkan tinja sehingga lebih mudah dikeluarkan.

c. Lubricant laxatives (pelumas)

   Membantu melicinkan jalur keluarnya tinja, tetapi dapat mengganggu penyerapan vitamin yang larut dalam lemak jika digunakan dalam jangka panjang.

d. Osmotic laxatives

Bekerja dengan menarik cairan ke dalam usus sehingga tinja menjadi lebih lunak. Contohnya laktulosa, yang termasuk kategori B untuk kehamilan. Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan dehidrasi atau gangguan elektrolit.

e. Stimulant laxatives

Merangsang gerakan usus secara langsung. Contohnya bisakodil, yang termasuk kategori C untuk kehamilan. Penggunaan pada ibu hamil harus berhati-hati karena dapat merangsang kontraksi uterus sehingga sebaiknya dihindari kecuali atas indikasi medis yang jelas.

2.2 Kehamilan dengan Obesitas

2.2.1 Definisi Obesitas

Obesitas adalah penumpukan *trigliserida* yang berlebih di jaringan *adiposa* dalam jangka waktu tertentu akibat ketidakseimbangan antara jumlah kalori yang dikonsumsi, dengan jumlah kalori yang dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhan energi (Hastuti, 2019). Obesitas merupakan kelebihan lemak tubuh yang terakumulasi dan tersimpan di dalam jaringan lemak seseorang sehingga menyebabkan kenaikan berat badan yang dapat memunculkan dampak buruk bagi kesehatan (Andi, 2021). Menurut Kemenkes RI, obesitas merupakan ketidakseimbangan asupan energi *(energi intake)* dengan energi yang digunakan *(energi expenditure)*, yang ditandai dengan adanya penumpukan lemak yang abnormal (Kemenkes, 2022). *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan obesitas sebagai penyakit

kronis kompleks yang ditandai dengan timbunan lemak berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas merupakan BMI (*Body Mass Index)* lebih besar atau sama dengan 25 (WHO, 2022). Berdasarkan beberapa definisi dari para ahli dapat disimpulkan bahwa obesitas merupakan lemak yang menumpuk akibat ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan energi yang keluar, yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan.

Kehamilan dengan obesitas adalah kehamilan pada perempuan yang memiliki status obesitas sebelum hamil atau pada awal kehamilan. Obesitas merupakan salah satu kondisi yang dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Risiko tersebut dapat dipengaruhi oleh derajat obesitas, usia ibu, riwayat penyakit, kenaikan berat badan selama kehamilan, serta adanya penyakit penyerta seperti hipertensi dan diabetes (Giouleka et al., 2023; Fakhraei et al., 2022).

Obesitas pada kehamilan tidak hanya berkaitan dengan peningkatan berat badan ibu, tetapi juga berhubungan dengan perubahan metabolisme, resistensi insulin, inflamasi, serta gangguan fungsi vaskular. Kondisi tersebut dapat memengaruhi perkembangan kehamilan dan meningkatkan kemungkinan terjadinya diabetes melitus gestasional, hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia, persalinan dengan induksi, persalinan seksio sesarea, dan perdarahan postpartum (Giouleka et al., 2023; Chen et al., 2021).

2.2.2 Klasifikasi Obesitas

Obesitas dapat diklasifikasikan berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT). Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah ukuran untuk menentukan status gizi seseorang berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan. IMT

dihitung dengan membagi berat badan dalam kilogram (kg), dengan tinggi badan dalam meter kuadrat (m^2) (Kemenkes, 2022).

$$IMT = BB\ (kg)/TB^2$$

Interpretasi dari indeks massa tubuh terbagi menjadi dua klasifikasi, yaitu:

Tabel 2. 1 Klasifikasi Indeks Masa Tubuh

IMT sebelum hamil	Pertambahan BB pada Trimester 1	Pertambahan BB per minggu pada Trimester 2 dan Trimester 3	Pertambahan BB Total (Kehamilan Tunggal)	Pertambahan BB Total (Kehamilan Ganda)
Kurus (<18,5 kg/m²)	1–3 kg	0,5 kg	12,5–18 kg	—
Normal (18,5–24,9 kg/m²)	1–3 kg	0,4 kg	11,5–16 kg	17–24 kg
Gemuk (25,0–29,9 kg/m²)	1–3 kg	0,3 kg	7–11,5 kg	14–23 kg
Obesitas (>30,0 kg/m²)	0,2–2 kg	0,2 kg	5–9 kg	11–19 kg

Sumber: Kemenkes RI, 2022

2.2.3 Etiologi Obesitas

Kelebihan berat badan dan obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan energi (diet) dan pengeluaran energi (aktivitas fisik). Obesitas merupakan penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh lingkungan *obesogenik*, faktor psikososial, dan varian genetik. Pada sebagian kecil pasien, faktor etiologi utama dapat diidentifikasi (obat-obatan, penyakit, imobilisasi, prosedur *iatrogenik*, penyakit monogenik/sindrom genetik) (WHO, 2022). Menurut (Kemenkes, 2022) faktor resiko terjadinya obesitas yaitu meliputi genetik, lingkungan dan prilaku, serta obta-obatan dan hormonal:

1) Faktor Genetik

Anak-anak dari orang tua yang mempunyai berat badan normal ternyata mempunyai 10% risiko obesitas. Bila salah satu orang tuanya menderita

obesitas, maka peluang itu meningkat menjadi 40–50%, bila kedua orang tuanya menderita obesitas maka peluang faktor keturunan menjadi 70–80%.

2) Faktor Lingkungan dan Perilaku

a. Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada di sekitar manusia yang dapat mempengaruhi kehidupannya. Terkait dengan kejadian obesitas dapat dijelaskan, bahwa sebagian besar masyarakat Indonesia hidup di lingkungan yang mudah atau menyebabkan obesitas *(Obesogenic Environment).* Contohnya: Kemajuan teknologi dan transportasi, semakin sempitnya lahan untuk bermain dan berolahraga, minimnya fasilitas untuk bergerak membuat seseorang akan kehilangan kesempatan untuk mengeluarkan energi. Menurut (Susetyowati, 2019) faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kejadian obesitas antara lain:

(1)Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan, sikap, pola makan, perilaku, dan gaya hidup. Gaya hidup yang mewah akan mengarah pada penurunan aktifitas fisik, seperti sekolah dengan menggunakan kendaraan, kurangnya aktifitas bermain dengan teman, dan kondisi lingkungan rumah yang tidak memungkinkan untuk bermain di luar rumah, sehingga, anak lebih senang bermain komputer atau menonton televisi daripada melakukan aktifitas fisik.

(2)Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang berkontribusi terhadap terjadinya pra- obesitas dan obesitas, meliputi konsumsi makan berlebihan dalam jamuan keluarga, pertemuan keluarga dan yang meningkatkan asupan makanan, dan kebiasaan menghabiskan waktu tanpa aktifitas (*sedentary*). Misalnya, Provinsi Sulawesi Selatan (Sulsel) menjadi peternak sapi terbesar di daerah Indonesia tengah dan timur, tetapi secara budaya pola makan masyarakat Sulsel memang tinggi lemak (Andi, 2021)

b. Perilaku

Faktor perilaku meliputi perilaku makan, perilaku beraktivitas fisik, perilaku tidur dan perilaku mengelola stres kurang baik.

(1)Perilaku Pola Makan

Perilaku makan mencakup jumlah, jenis, jadwal makan, dan pengolahan bahan makanan. Pola makan yang tidak teratur dan tidak sesuai dengan kaidah gizi seimbang dapat mengarah pada peningkatan IMT. Seseorang dengan pola makan yang tidak sehat memiliki risiko mengalami kenaikan berat badan hampir 2 kali dan risiko mengalami obesitas hampir 2,5 kali dibandingkan yang teratur menjaga pola makan dan memilih makanan yang sehat (Andi, 2021). Pola makan merupakan awal terjadinya obesitas pada remaja, dengan mengkonsumsi makanan dalam porsi besar seperti makanan tinggi energi, tinggi lemak, tinggi gula, tinggi karbohidrat, dan rendah serat, dapat menyebabkan

ketidakseimbangan energi, sehingga menyebabkan obesitas (Kesuma, 2022). Peningkatan konsumsi daging olahan seperti *junk food, fast food* dari 250 gram/hari, juga akan menyebabkan berat badan 2 kg lebih tinggi setelah 5 tahun.

(2)Perilaku Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik memainkan peran penting dalam mengontrol berat badan sebab kalori yang dibakar saat melakukan aktivitas. Orang yang hidupnya kurang aktif *(sedentary life)* dapat mempengaruhi keseimbangan pemasukan dan pengeluaran energi seseorang, sehingga dapat mengakibatkan obesitas. Jenis perilaku kurang gerak *(sedentary)* yang paling sering dilakukan oleh anak dan remaja adalah menonton TV, bermain handphone, iPads serta bermain komputer dan game online. Aktivitas yang kurang aktif menyebabkan penggunaan kalori menurun, sehingga jumlah kalori yang digunakan lebih kecil dari pada jumlah kalori yang masuk dalam tubuh, sehingga dapat menimbulkan kelebihan kalori. Semakin lama kelebihan kalori ini akan terakumulasi dalam tubuh dan dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan dikatakan berisiko obesitas (Kesuma, 2022).

(3)Perilaku Tidur

Jumlah jam tidur kurang kondisi kurang tidur (durasi tidur < 8 jam) akan menyebabkan penurunan hormon *leptin* dan peningkatkan hormon *ghrelin* yang akan meningkatkan nafsu makan, membuat metabolisme melambat, serta berkurangnya kemampuan

pembakaran lemak dalam. Jumlah jam tidur berlebihan cenderung membuat aktivitas seseorang menjadi rendah yang akan menurunkan *energy expenditure*-nya yang menyebabkan peningkatan penumpukan kalori dalam bentuk lemak. Ketika seseorang tidur malamnya kurang dan tidak berkualitas maka akan menurunkan produksi hormon pertumbuhan yang berdampak pada gangguan metabolisme protein, lemak dan karbohidrat (Kemenkes, 2022).

(4)Perilaku Mengelola Stres Kurang Baik

Stres memiliki peran besar dalam menaikkan berat badan seseorang. Namun pada beberapa kasus seseorang yang mengalami stres justru mendapati penurunan berat badan secara drastis akibat menurunnya nafsu makan. Stres ternyata mampu membuat kadar hormon kortisol ini ternyata membuat kelebihan lemak pada tubuh akan dibawa dan disimpan pada perut (Kemenkes, 2022)

3) Faktor Obat-Obatan dan Hormonal

a. Obat-obatan

Obat-obatan jenis *steroid* yang sering digunakan dalam jangka waktu yang lama untuk terapi asma, *osteoartritis* dan alergi dapat menyebabkan nafsu makan yang meningkat sehingga meningkatkan risiko obesitas. Obat-obatan yang mengandung hormon untuk meningkatkan kesuburan dan sebagai alat kontrasepsi berisiko menyebabkan penumpukan lemak dalam tubuh sehingga dapat menimbulkan obesitas (Kemenkes, 2022).

b. Hormonal

Hormon yang berperan dalam kejadian obesitas antara lain adalah hormone leptin, ghrelin, tiroid, insulin dan estrogen. Hormon leptin dalam jaringan adiposa dapat mengindikasikan banyaknya timbunan lemak yang terdapat dalam tubuh dan defek pada leptin akan mengakibatkan kebiasaan makan yang berlebihan, sehingga terjadi obesitas. Namun, leptin dapat bekerja sebagai hormon metabolik melalui umpan balik negative untuk menekan nafsu makan dan meningkatkan pembakaran kalori melalui peningkatan aktifitas (Susetyowati, 2019).

2.2.4 Komplikasi Kehamilan dengan Obesitas

Obesitas maternal dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai komplikasi pada ibu, janin, dan neonatus. Risiko komplikasi tersebut dapat terjadi sejak masa kehamilan, persalinan hingga pascapersalinan. Beberapa komplikasi yang berhubungan dengan obesitas antara lain sebagai berikut:

1) Masa Kehamilan

a. Abortus Spontan

Abortus spontan merupakan berakhirnya atau keluarnya hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu. Obesitas pada awal kehamilan dapat meningkatkan risiko abortus spontan yang berkaitan dengan adanya komplikasi maternal, seperti hipertensi, preeklamsia, diabetes gestasional, dan komplikasi lainnya akibat obesitas.

b. Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan ditandai dengan peningkatan tekanan

darah. Ibu dengan berat badan berlebih dan obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi dalam kehamilan. Kondisi tersebut berkaitan dengan peningkatan aktivitas saraf simpatis, resistensi insulin, serta perubahan sistem renin-angiotensin yang dapat meningkatkan retensi natrium dan berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah.

c. Diabetes Melitus Gestasional

Ibu hamil dengan obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami diabetes melitus gestasional. Obesitas dapat menyebabkan peningkatan produksi adipositokin yang berhubungan dengan resistensi insulin. Resistensi insulin menyebabkan glukosa lebih sulit masuk ke dalam sel sehingga kadar glukosa darah meningkat dan dapat berkembang menjadi diabetes gestasional.

d. Takikardi

Takikardi merupakan kondisi ketika frekuensi denyut jantung ibu meningkat. Pada kehamilan dengan obesitas, perubahan sistem kardiovaskular dapat menyebabkan peningkatan beban kerja jantung. Penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan obesitas memiliki *heart rate* dan *cardiac output* yang lebih tinggi dibandingkan ibu hamil dengan IMT normal. Kondisi ini menunjukkan adanya sirkulasi hiperdinamik dan perubahan adaptasi kardiovaskular pada kehamilan dengan obesitas (Patel et al., 2024).

Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis juga dapat berperan terhadap perubahan denyut jantung. Penelitian pada kehamilan tanpa

komplikasi menunjukkan bahwa aktivitas saraf simpatis pada ibu dengan obesitas lebih tinggi terutama pada akhir kehamilan dibandingkan ibu dengan berat badan normal (Hissen et al., 2024). Oleh karena itu, pada ibu hamil dengan obesitas, frekuensi nadi perlu dipantau secara berkala, terutama apabila disertai keluhan berdebar, sesak napas, nyeri dada, pusing atau lemah.

2) Masa Persalinan

Semakin tinggi IMT ibu hamil, semakin besar risiko persalinan dengan seksio sesarea. Peningkatan risiko tersebut dapat berkaitan dengan komplikasi kehamilan seperti hipertensi dalam kehamilan dan diabetes gestasional, serta kondisi janin besar atau makrosomia.

3) Pasca Persalinan

a. Perdarahan Pascapersalinan

Perdarahan pascapersalinan merupakan perdarahan setelah bayi lahir yang dapat memengaruhi kondisi hemodinamik ibu. Pada ibu dengan obesitas, risiko perdarahan dapat meningkat karena adanya peningkatan risiko atonia uteri, baik pada persalinan pervaginam maupun persalinan yang dibantu dengan instrumen.

b. Tromboemboli Vena

Obesitas dapat meningkatkan risiko tromboemboli vena pada ibu hamil dan pascapersalinan. Risiko tersebut semakin meningkat apabila ibu mengalami kurang mobilisasi. Tromboemboli dapat terjadi akibat stasis vena, kerusakan vaskular, dan keadaan hiperkoagulabilitas.

4) Komplikasi pada Janin dan Neonatus

a. Makrosomia

Obesitas maternal dapat meningkatkan risiko makrosomia. Kondisi ini berkaitan dengan resistensi insulin yang dapat meningkatkan kadar glukosa dan insulin janin. Selain itu, peningkatan transfer asam lemak bebas dan nutrisi dari ibu melalui plasenta dapat menyebabkan pertumbuhan janin berlebihan. Risiko makrosomia juga semakin meningkat apabila ibu mengalami diabetes melitus gestasional.

b. Kelainan Kongenital

Obesitas pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko terjadinya kelainan kongenital pada janin. Salah satu kelainan yang dapat berkaitan dengan obesitas maternal adalah kelainan kongenital jantung.

2.2.5 Penatalaksanaan Kehamilan dengan Obesitas

Tatalaksana obesitas pada kehamilan bertujuan untuk mencegah kenaikan berat badan berlebihan, mengurangi risiko komplikasi maternal dan janin, serta mempertahankan kesehatan ibu dan pertumbuhan janin yang optimal. Penatalaksanaan dilakukan secara individual sesuai kondisi ibu, usia kehamilan, IMT sebelum hamil, kenaikan berat badan, serta adanya penyakit penyerta. Penanganan obesitas perlu dilakukan secara berkelanjutan selama kehamilan hingga masa postpartum.

1) Pemantauan berat badan

Pada kunjungan antenatal pertama dilakukan pengukuran berat badan, tinggi badan, dan perhitungan IMT. Selanjutnya, berat badan ibu dipantau

secara berkala untuk memastikan kenaikan berat badan tidak melebihi rekomendasi. Pada ibu dengan obesitas, target kenaikan berat badan selama kehamilan umumnya 5–9 kg untuk kehamilan tunggal. Pemantauan tetap mempertimbangkan kondisi ibu dan pertumbuhan janin, sehingga target tidak diterapkan secara kaku pada setiap ibu.

2) Pengaturan pola makan

Ibu dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang dengan memperhatikan jumlah dan kualitas makanan, bukan melakukan diet penurunan berat badan yang ketat selama kehamilan. Pola makan dapat diarahkan pada konsumsi sayur, buah, sumber protein, biji-bijian, serta pembatasan makanan tinggi gula, lemak jenuh, dan makanan ultra-proses. Bila diperlukan, ibu dapat dirujuk kepada ahli gizi untuk mendapatkan perencanaan makan yang sesuai kebutuhan kehamilan.

3) Aktivitas fisik

Pada kehamilan tanpa kontraindikasi obstetri atau medis, ibu dengan obesitas dianjurkan tetap aktif secara fisik. Aktivitas dapat dimulai dari intensitas ringan dan durasi pendek, kemudian ditingkatkan secara bertahap sesuai kemampuan. Aktivitas seperti berjalan kaki ataupun yoga merupakan pilihan yang sederhana dan aman.

4) Skrining diabetes melitus gestasional

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko diabetes melitus gestasional (DMG), sehingga pemeriksaan glukosa perlu diperhatikan sejak awal kehamilan. Pada ibu dengan faktor risiko, pemeriksaan dapat dilakukan

lebih awal apabila hasil awal tidak menunjukkan DMG, skrining kembali umumnya dilakukan pada usia kehamilan 24–28 minggu.

5) Pemantauan tekanan darah dan preeklampsi

   Tekanan darah perlu dipantau secara rutin karena obesitas meningkatkan risiko hipertensi dalam kehamilan dan preeklampsia. Ibu dengan faktor risiko tertentu dapat dipertimbangkan mendapatkan aspirin dosis rendah sebagai pencegahan preeklampsia sesuai penilaian dokter/bidan dan pedoman yang berlaku. Keputusan pemberian aspirin tidak hanya berdasarkan obesitas, tetapi mempertimbangkan keseluruhan faktor risiko ibu.

6) Pemantauan pertumbuhan dan kondisi janin

   Kehamilan dengan obesitas memerlukan perhatian terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Pemantauan dilakukan melalui pemeriksaan antenatal dan ultrasonografi sesuai indikasi, termasuk penilaian kelainan kongenital dan pertumbuhan janin. Pada kondisi tertentu, pemeriksaan pertumbuhan janin dapat dilakukan lebih sering secara individual.

7) Pemantauan kondisi kardiovaskular

   Obesitas dalam kehamilan dapat meningkatkan beban sistem kardiovaskular. Oleh karena itu, tanda vital seperti tekanan darah, frekuensi nadi, dan keluhan kardiovaskular perlu dipantau, terutama apabila ibu mengalami berdebar, sesak napas, nyeri dada, pusing, atau mudah lelah. Hal ini penting karena penelitian menunjukkan adanya perubahan adaptasi kardiovaskular pada ibu hamil dengan obesitas.

8) Persiapan persalinan

Ibu perlu diberikan konseling mengenai kemungkinan meningkatnya risiko induksi persalinan dan seksio sesarea pada obesitas. Penolong persalinan perlu melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara adekuat serta mempersiapkan peralatan dan tenaga yang diperlukan apabila terjadi komplikasi.

9) Pencegahan tromboemboli

Obesitas dan kehamilan sama-sama meningkatkan risiko tromboemboli vena. Oleh karena itu, mobilisasi yang sesuai kondisi ibu perlu dianjurkan dan risiko tromboemboli dinilai secara individual, terutama pada ibu dengan faktor risiko tambahan atau yang menjalani persalinan operatif.

10) Konseling dan tindak lanjut postpartum

Ibu tetap memerlukan konseling setelah persalinan mengenai pola makan sehat, aktivitas fisik, pengendalian berat badan, serta pemantauan penyakit penyerta. Penanganan obesitas sebaiknya dilanjutkan pada masa postpartum karena periode ini merupakan kesempatan untuk memperbaiki kesehatan sebelum kehamilan berikutnya.

2.3 Persalinan

2.3.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Peristiwa ini diawali dengan pembukaan dan pelebaran serviks akibat kontraksi uterus yang berlangsung dengan durasi, kekuatan, dan frekuensi yang teratur (Yuriati & Khoiriyah, 2021). Menurut

(I. Utami & Fitriahadi, 2019) persalinan adalah proses fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan, di mana janin, plasenta, dan membran keluar dari rahim melalui jalan lahir. Proses persalinan melibatkan kontraksi uterus yang teratur dan bertahap, menyebabkan pembukaan (dilatasi) dan penipisan (efasemen) serviks. Kontraksi ini berperan penting dalam mendorong janin keluar dari rahim menuju kanal kelahiran. Persalinan dimulai dari fase awal pembukaan serviks hingga lahirnya bayi dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta. Persalinan sendiri memiliki beberapa tahapan, yang meliputi tahap pembukaan serviks, tahap kelahiran bayi, dan tahap pengeluaran plasenta.

Persalinan normal adalah proses keluarnya hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah mencapai usia kehamilan cukup bulan dan mampu bertahan hidup di luar rahim, dengan kelahiran melalui vagina secara spontan. Menjelang akhir kehamilan, uterus menjadi semakin peka, hingga akhirnya muncul kontraksi yang kuat dan berirama sehingga bayi dapat dilahirkan. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses lahirnya janin pada kehamilan cukup bulan (antara 37 hingga 42 minggu), berlangsung secara spontan dengan posisi kepala di bawah dan diselesaikan dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi yang membahayakan bagi ibu maupun janin (Yulizawati et al., 2019).

2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan

Ada beberapa tanda-tanda persalinan menurut (Yulizawati et al., 2019) :

a) Kontraksi (His)

Pada masa menjelang persalinan, ibu hamil sering kali merasakan kontraksi atau ketegangan yang terasa teratur, dengan nyeri yang

menjalar dari punggung hingga ke paha. Hal ini terjadi karena adanya hormon oksitosin, yang secara alami mendukung proses pengeluaran janin. Ada dua jenis kontraksi, yaitu kontraksi palsu (*Braxton Hicks*) dan kontraksi sejati. Kontraksi palsu biasanya berlangsung singkat, tidak terlalu sering, dan tidak teratur serta tidak semakin kuat seiring waktu. Sebaliknya, kontraksi sejati terjadi semakin sering, lebih lama, dan dengan intensitas yang meningkat, disertai rasa nyeri atau kram di perut. Perut ibu hamil terasa kencang, dengan rasa sakit yang dapat dirasakan pada bagian atas rahim (fundus), punggung, panggul, serta bagian bawah perut. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi palsu. Kontraksi ini adalah hal yang normal dan berfungsi untuk mempersiapkan rahim dalam menghadapi persalinan.

b) Pembukaan Serviks

Pada ibu yang mengandung anak pertama (primigravida), pembukaan serviks biasanya mencapai lebih dari 1,8 cm, sedangkan pada kehamilan berikutnya (multigravida), pembukaan dapat mencapai lebih dari 2,2 cm. Pada ibu yang mengandung untuk pertama kalinya, proses pembukaan sering kali disertai rasa nyeri di perut, sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, pembukaan biasanya terjadi tanpa nyeri. Rasa nyeri ini disebabkan oleh tekanan panggul saat kepala janin mulai turun ke area tulang panggul akibat melunaknya serviks, untuk memastikan terjadinya pembukaan, tenaga medis biasanya melakukan pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher*.

c) Pecahnya Ketuban dan Keluarnya *Bloody Show*

Istilah medis "*bloody show*" merujuk pada keluarnya lendir kental yang bercampur darah, yang terjadi karena pelunakan, pelebaran, dan penipisan pada leher rahim menjelang persalinan. Ketika persalinan semakin dekat, lendir bercampur darah ini keluar sebagai tanda terlepasnya membran yang mengelilingi janin dari dinding rahim dan pecahnya ketuban. Selaput ketuban (*korioamnion*) yang menyelubungi janin berisi cairan ketuban yang berfungsi sebagai bantalan, memberi perlindungan serta memungkinkan janin bergerak bebas. Terkadang ibu hamil tidak menyadari keluarnya cairan ketuban karena mungkin mengiranya sebagai air seni. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai waktu persalinan tiba. Pecahnya ketuban dapat terjadi secara alami atau karena faktor lain seperti trauma, infeksi, atau adanya area lemah pada kantung ketuban (*locus minoris*) yang menyebabkan kebocoran. Saat setelah ketuban pecah, kontraksi atau rasa nyeri yang lebih intens biasanya mulai terjadi. Karena kantung ketuban yang pecah membuka jalur menuju dunia luar, ada risiko masuknya bakteri. Oleh karena itu, tindakan segera diperlukan, dan persalinan sebaiknya berlangsung dalam waktu 24 jam untuk mengurangi risiko infeksi. Jika bayi belum lahir dalam periode tersebut, tindakan medis seperti operasi caesar mungkin diperlukan.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Yulizawati et al., 2019) terdapat beberapa faktor yang memengaruhi proses persalinan, antara lain:

a) *Passenger* (Penumpang)

Malpresentasi atau malformasi janin dapat berdampak pada persalinan normal. Dalam konteks faktor penumpang ini, ada beberapa aspek yang memengaruhi, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang ikut melalui jalan lahir bersama janin.

b) *Passageway* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yang terdiri dari tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina), meskipun jaringan lunak, terutama lapisan otot dasar panggul, juga berperan dalam membantu proses keluarnya bayi, panggul ibu memiliki peran yang jauh lebih signifikan dalam proses persalinan. Janin harus dapat menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku.

c) *Power* (Kekuatan)

Kontraksi (his) merupakan salah satu kekuatan yang dimiliki ibu, yang berfungsi untuk membuka serviks dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, jika kontraksi cukup kuat, kepala janin akan turun dan mulai memasuki rongga panggul. Ibu mengalami kontraksi secara involunter dan sukarela secara bersamaan.

d) *Position* (Posisi)

Posisi ibu berpengaruh terhadap adaptasi anatomi dan fisiologi selama persalinan. Menggunakan posisi tegak memberikan berbagai keuntungan, seperti mengurangi rasa lelah, meningkatkan kenyamanan, dan memperbaiki sirkulasi darah. Posisi tegak dapat berupa berdiri, berjalan, duduk, atau jongkok.

e) *Psychologic Response* (Respons Psikologis)

Proses persalinan seringkali menjadi momen yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang, dan cemas dapat memperlambat proses kelahiran. Biasanya, persalinan dimulai dengan kontraksi pertama, diikuti oleh kerja keras selama fase dilatasi, dan berakhir ketika wanita dan keluarganya mulai membangun ikatan dengan bayi. Perawatan selama proses ini bertujuan untuk mendukung wanita dan keluarganya, sehingga hasil yang optimal dapat dicapai untuk semua yang terlibat. Wanita yang bersalin sering kali menyampaikan berbagai kekhawatiran ketika ditanya, meskipun mereka jarang melakukannya secara spontan.

2.3.4 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Berikut merupakan penatalaksanaan persalinan yang terdiri dari 4 kala yaitu kala I sampai kala IV.

1) Kala I

Proses dimulai sejak terjdinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm) (Serinadi et al., 2024). Terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten pada kala satu persalinan

(1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.

(3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

(4) Observasi fase laten

a) Denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus, nadi setiap 1 jam.

b) Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, dan suhu setiap 4 jam.

c) Produksi urine, aseton, dan protein setiap 2 sampai 4 jam. Apabila ditemui tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan.

b. Fase aktif pada kala satu persalinan

(1) Frekuensi dan lama kontaksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung lebih 40 detik).

(2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam. Tahap ini di mulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (Fitriana et al., 2020).

(3) Observasi fase aktif

a) Denyut jantung janin

Menilai dan mencatat setiap 30 menit (lebih sering, jika ada tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Air ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam, selain warna air ketuban, jika pecah. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambang berikut :

U (ketuban utuh atau belum pecah), J (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), M (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium), D (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah), K (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering)

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kapala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (cephalopelvic disproportionate, CPD). Nilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang

berikut ini. 0 (tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi), 1 (tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan), 2 (tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, namun masih dapat dipisahkan), 3 (tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan).

d) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 pada tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

e) Pembukaan serviks

Penilaian dan pencatatan pembukaan serviks dilakukan setiap 4 jam (lebih sering, jika terdapat tanda penyulit). Beri tanda untuk temuan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada.

f) Penurunan bagian terbawah atau persentasi janin.

Penurunan kepala bayi harus selalu diperiksa dengan memeriksa perut ibu sesaat sebelum periksa dalam dengan ukuran perlimaan di atas pintu atas panggul (PAP). Beri tanda “o” pada garis waktu yang sesuai pada garis tidak terputus dari 0-5 yang tertera di sisi yang sama dengan pembukaan serviks.

g) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dengan pembukaan lengkap yang diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Apabila pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, penyulit yang ada harus dipertimbangkan (fase aktif memanjang, macet, dll.)

Menurut (Yulizawati et.al, 2019), asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

a. Memberikan dukungan emosional.
b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
d. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan
e. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
f. Menganjurkan ibu tidak menahan keinginan BAK/BAB dan membantu ibu ke kamar mandi jika tidak ada indikasi.
g. Menganjurkan mobilisasi ringan (jalan atau menggunakan *birth ball*).
h. Memastikan asupan cairan dan nutrisi cukup.

2) Kala II

Kala II merupakan fase dari dilatasi serviks lengkap 10 cm hingga bayi lahir. Pada kala ini pasien dapat mulai mengejan sesuai instruksi

penolong persalinan, yaitu mengejan bersamaan dengan kontraksi uterus. Kala II ditandai dengan, ibu merasakan adanya dorongan kuat untuk meneran, tekanan rektum dan vagina semakin meningkat, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka (Fitriana et.al, 2020). Penatalaksanaan Kala II :

a. Pastikan semua perlengkapan, peralatan, dan obat resep yang diperlukan tersedia
b. Kenakan celemek plastik
c. Lepaskan semua perhiasan dan aksesoris, lalu cuci dan keringkan tangan dengan bersih
d. Periksa kelengkapan dengan membuka set persalinan dengan menggunakan sarung tangan DTT.
e. Sesudah bayi membuka 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu
f. Tutupi sepertiga bokong ibu dengan kain bersih
g. Letakkan kain bersih 1/3 bagian untuk alas bokong ibu.
h. Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran.
i. Anjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman apabila tidak ada dorongan meneran
j. Ketika kepala tampak 5-6 cm maka lindungi perineum memakai tangan yang dilapisi kain serta tangan yang lain mencegah kepala defleksi.
k. Periksa adanya lilitan tali pusat.
l. Tunggu hingga putar paksi luar

m. Lakukan biparietal
n. Sanggah kepala serta menyusuri lengan
o. Menyusuri hingga punggung, bokong, dan semua tubuh bayi keluar.
p. Lakukan penilaian bayi selintas
q. Keringkan tubuh bayi
r. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya ada satu bayi
s. Lakukan penjepitan tali pusat
t. Lakukan pemotongan serta lindungi tali pusat saat melaksanakan pemotongan
u. Taruh bayi tengkurap di atas dada ibu untuk kontak kulit dan IMD
v. Pindahkan klem tali pusat hingga 5-10 cm dari vulva
w. Bersihkan vulva serta perineum dengan kassa DTT

Asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya, oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
b. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran.
c. Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan arahan proses persalinan.
d. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan kontraksi uterus.
e. Mencukupi asupan rehidrasi selama kala II.
f. Memberikan rasa aman dan nyaman melahirkan bayi dengan spontan

g. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu

3) Kala III

Kala III merupakan keadaan setelah bayi lahir hingga plasenta keluar. Asuhan yang bisa diberikan adalah manajemen aktif kala III yaitu, pemberian oksitosin, PTT (penegangan tali pusat terkendali), masase FU (fundus uteri) (Fitriana et.al, 2020).

Penatalaksanaan Kala III

a. Menyuntikkan oksitosin (10 IU secara IM)
b. Melaksanakan penarikan tali pusat sesudah tanda pelepasan plasenta
c. Pengeluaran plasenta kemudian menilai integritas plasenta serta memastikan tidak ada sisi yang tertinggal.
d. Pengkajian fundus uteri dengan memastikan uterus berkontraksi dengan baik sesudah pengeluaran plasenta.
e. Pengkajian perdarahan atau memantau jumlah darah yang keluar sesudah plasenta lahir untuk mendeteksi perdarahan postpartum.
f. Melakukan cek laserasi derajat I, II, III, IV, kemudian lakukan pejahitan jika perlu.

Asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

a. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera (IMD)
b. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
c. Pencegahan infeksi pada kala III.
d. Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).

e. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.

f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.

g. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

4) Kala IV

Kala IV adalah fase setelah plasenta lahir hingga 2 jam postpartum. Pada kala ini dilakukan penilaian perdarahan pervaginam, bila ditemukan robekan jalan lahir maka perlu dilakukan hecting. Setelah itu, tenaga medis harus menilai tanda-tanda vital ibu, memastikan kontraksi uterus baik, dan memastikan tidak terjadi perdarahan postpartum. Follow up persalinan normal dilakukan pada kala IV. Setelah proses melahirkan selesai perlu dilakukan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Observasi dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Pemantauan lain yang dilakukan adalah tekanan darah, nadi, dan fungsi kandung kemih (Fitriana & Nurwiandi, 2020).

Penatalaksanaan Kala IV

a. Pemantauan TTV tiap 15 menit pada 2 jam pertama

b. Pastikan uterus berkontraksi secara baik

c. Pastikan kandung kemih kosong

d. Ajarkan cara melaksanakan masase uterus

e. Cek nadi Ibu

f. Periksa respirasi Ibu

g. Evaluasi jumlah perdarahan.

h. Gunakan air DTT untuk membilas Ibu dari darah yang tersisa

i. Pastikan Ibu merasa nyaman
j. Selama sepuluh menit, rendam semua peralatan dalam larutan klorin 0,5%
k. Masukkan semua peralatan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah medis.
l. Gunakan larutan klorin 0,5% untuk mendekontaminasi tempat tidur.
m. Rendam tangan penolong pada larutan klorin 0,5%
n. Bilas tangan penolong hingga bersih memakai sabun serta keringkan.
o. Lengkapi partograf.
p. Cek volume perdarahan, pastikan uterus berkontraksi dengan baik.
q. Memastikan fundus tetap keras.
r. Dukungan Ibu serta bayi dengan inisiasi menyusu dini (IMD)
s. Perawatan perineum
t. Injeksi vitamin K di paha kiri serta membagikan salep mata profilaksis
u. Pastikan bayi tetap sehat
v. Berikan paha kanan satu dosis vaksin Hb-0
w. Lepaskan sarung tangan serta rendam pada larutan klorin 0,5%
x. Bersihkan tangan dan keringkan

Asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan adalah:

a. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.

b. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
c. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
d. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya postpartum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya.
e. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
f. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
g. Dukungan emosional.
h. Menganjurkan mobilisasi dini.

2.4 Nifas

2.4.1 Definisi Nifas

Secara bahasa, istilah *puerperium* berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang berarti bayi dan *parous* yang berarti melahirkan, sehingga dapat dimaknai sebagai masa setelah melahirkan bayi. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), nifas adalah keluarnya darah dari rahim wanita setelah proses persalinan (Cholifah et.al, 2019). Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah et.al, 2018). masa puerperium atau masa nifas atau masa postpartum adalah mulai setelah sejak partum selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu akan tetapi, seluruh otot genetalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Agnes, 2024). Masa nifas (puerperium) atau postpartum adalah masa setelah keluarnya plasenta

sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. (Walyani dan Purwoastuti, 2021)

Selama masa pemulihan tersebut, ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis, baik pada sistem reproduksi maupun sistem tubuh lainnya yang sebelumnya mengalami adaptasi selama kehamilan dan persalinan. Perubahan-perubahan ini sering menimbulkan ketidaknyamanan pada awal masa postpartum dan berpotensi berkembang menjadi kondisi patologis apabila tidak disertai dengan perawatan dan pemantauan yang adekuat (Widiarti & Yulviana, 2021).

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut (Cholifah & Rinata, 2022), masa nifas atau puerperium terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu sebagai berikut:

1) Puerperium Dini

   Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal yang dimulai segera setelah persalinan selesai. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama khususnya setelah kala IV. Pada tahap ini ibu sudah diperbolehkan melakukan mobilisasi secara bertahap, seperti duduk, berdiri, dan berjalan. Bagi ibu yang melahirkan pervaginam tanpa komplikasi, mobilisasi dini bahkan dianjurkan dalam enam jam pertama setelah persalinan. Mobilisasi ini bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, mencegah terjadinya trombosis, membantu proses involusi uterus, serta mempercepat pemulihan kondisi

fisik ibu. Dengan demikian, puerperium dini dapat diartikan sebagai fase awal adaptasi dan pemulihan fisik setelah melahirkan.

2) Purperium Intermedial

Puerperium intermedial adalah masa pemulihan menyeluruh organ-organ reproduksi, terutama uterus dan alat genital lainnya, yang berlangsung secara bertahap hingga kembali seperti keadaan sebelum hamil. Tahap ini umumnya berlangsung sekitar enam minggu atau 42 hari setelah persalinan. Selama periode ini terjadi proses involusi uterus, pengeluaran lochea, serta perbaikan jaringan jalan lahir. Oleh karena itu, puerperium intermedial merupakan fase utama dalam proses pemulihan fisiologis sistem reproduksi ibu.

3) Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa pemulihan lanjutan yang berlangsung hingga ibu benar-benar sehat dan pulih secara optimal, baik fisik maupun psikologis. Tahap ini sangat bergantung pada kondisi masing-masing ibu, terutama jika selama kehamilan atau persalinan terjadi komplikasi. Lama waktu pemulihan pada fase ini dapat berbeda-beda, mulai dari beberapa minggu, bulan, bahkan hingga tahun, tergantung pada tingkat keparahan komplikasi yang dialami. Remote puerperium menekankan pada tercapainya kondisi kesehatan ibu secara menyeluruh seperti sebelum kehamilan.

Pada setiap tahapan masa nifas terjadi proses adaptasi secara bertahap, berikut perubahan fisiologis pada masa nifas (Sulistyowati, 2024):

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

(1) Involusi Uteri

Proses involusi merupakan proses kembalinya uterus seperti keadaan sebelum hamil dan persalinan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2. 1 Involusi Uterus

No	Involusi	TFU	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	100 gram
2	Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan pusat sympisis	500 gram
4	2 minggu	Tidak teraba di atas sympisis	350 gram
5	6 minggu	Bertambaha kecil	50 gram
6	8 minggu	Normal	30 gram

Sumber : Azizah, 2021

(2) Involusi tempat implantasi plasenta

Setelah persalinan, bekas implantasi plasenta tampak kasar dan berukuran kurang lebih sebesar telapak tangan. Luka tersebut mengecil secara bertahap, menjadi sekitar 2–4 cm pada akhir minggu kedua dan 1–2 cm pada akhir masa nifas. Penyembuhan terjadi melalui regenerasi endometrium tanpa membentuk jaringan parut. Endometrium baru tumbuh dari tepi luka dan sisa kelenjar desidua basalis selama kurang lebih enam minggu. Jaringan yang mengalami trombosis akan terlepas dan dikeluarkan bersama lochea.

(3) Perubahan ligamen

Ligamen, diafragma pelvis, dan fasia yang meregang selama kehamilan dan persalinan akan berangsur kembali seperti semula.

Kelonggaran ligamentum rotundum dapat menyebabkan uterus berada dalam posisi retrofleksi. Sebagian ibu mengeluhkan sensasi “rahim turun” akibat kelemahan jaringan penunjang.

(4) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersamaan dengan uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksternum yang semula membuka hingga 10 cm akan menutup secara bertahap. Dua jam postpartum masih dapat dilalui dua jari, pada akhir minggu pertama hanya satu jari, dan pada minggu keenam biasanya telah menutup kembali. Serviks menjadi lunak, berwarna merah kehitaman, dan dapat terdapat robekan kecil akibat proses persalinan.

(5) Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari uterus selama masa nifas, bersifat basa/alkalis, dan berbau khas. Isinya meliputi eritrosit, sel desidua, epitel, dan bakteri. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut.

1) Lochea rubra

Lokia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokia terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

2) Lochea sanguinolenta

Lokia ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 4 hingga hari ke 7 hari postpartum.

3) Lochea serosa

Lokia ini muncul pada hari ke 7 hingga hari ke 14 pospartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokia ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4) Lochea alba

Lokia ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati.

5) Lochea purulenta

Infeksi yang terjadi pada uterus dengan ditandai keluarnya cairan seperti nanah yang berbau busuk (Savita et al., 2022).

6) Lochiotosis

Lochea yang keluar tidak lancar (Savita et al., 2022).

b. Perubahan pada Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami peregangan hebat saat persalinan sehingga tampak kendur pada awal nifas. Mukosa vagina menipis akibat penurunan estrogen, dan rugae akan kembali sebagian dalam 6–8 minggu. Perineum yang teregang akan pulih bertahap, biasanya

tonus kembali pada hari kelima, meskipun tidak sepenuhnya seperti sebelum hamil. Luka episiotomi atau laserasi sembuh dalam 2–3 minggu apabila tidak terjadi infeksi.

2.4.3 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut (Walyani, 2017), kebutuhan dasar ibu pada masa nifas meliputi aspek fisik, psikologis, dan reproduksi yang harus terpenuhi secara optimal untuk mendukung proses pemulihan serta keberhasilan menyusui. Adapun kebutuhan tersebut meliputi:

1) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas, ibu memerlukan asupan gizi yang seimbang dan bervariasi untuk mempercepat pemulihan tubuh serta menunjang produksi ASI. Nutrisi yang dibutuhkan meliputi karbohidrat, protein hewani dan nabati, lemak sehat, zat besi, vitamin, mineral, serat, serta cairan yang cukup.

Kebutuhan kalori ibu menyusui meningkat dibandingkan wanita dewasa biasa. Pada enam bulan pertama menyusui, ibu membutuhkan sekitar 2.800–2.900 kalori per hari, kemudian tambahan kalori tetap diperlukan pada bulan berikutnya untuk mempertahankan produksi ASI. Asupan protein dianjurkan berasal dari lauk hewani seperti ikan, ayam, atau daging, serta protein nabati seperti tempe dan tahu.

Kebutuhan cairan minimal sekitar 3 liter per hari, terutama dengan membiasakan minum setiap kali menyusui guna mencegah dehidrasi dan mendukung metabolisme tubuh. Selain itu, ibu nifas dianjurkan mengonsumsi tablet tambah darah selama 40 hari postpartum untuk

mencegah anemia, serta kapsul vitamin A dosis 200.000 IU sesuai anjuran tenaga kesehatan.

2) Kebutuhan Ambulasi dan Mobilisasi

Mobilisasi dini sangat dianjurkan pada masa nifas, terutama pada persalinan normal tanpa komplikasi. Ibu umumnya sudah dapat melakukan mobilisasi dalam 1–2 jam setelah persalinan dengan bantuan, dimulai dari latihan sederhana seperti menarik napas dalam, menggerakkan tungkai, miring kanan-kiri, duduk, hingga berjalan secara bertahap. Mobilisasi dini bermanfaat untuk memperlancar pengeluaran lokia, mempercepat involusi uterus, meningkatkan fungsi sirkulasi darah, pernapasan, pencernaan, dan perkemihan, serta mencegah trombosis. Terkait dengan mobilisasi, ibu sebaiknya memperhatikan hal hal berikut:

a. Mobilisasi jangan di lakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh namun, mobilisasi yang terlambat di lakukan juga tidak baik pengaruhnya bagi ibu karena bisa menyebabkan ganguan fungsi organ tubuh, tersumbatnya aliran darah, ganguan fungsi otot rangka dan lain lain.
b. Pemulihan pasca salin akan berlangsung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk system peredaran darah, pernapasan dan otot otot rangka.

3) Kebutuhan Eliminasi

Pemantauan eliminasi urin dimulai sejak kala IV persalinan, yaitu setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam berikutnya selama dua jam awal. Hal ini bertujuan memastikan kandung kemih

kosong sehingga kontraksi uterus dapat berlangsung optimal dan mencegah perdarahan postpartum. Ibu nifas diharapkan dapat berkemih dalam 6–8 jam pertama setelah melahirkan, dengan volume minimal sekitar 150 ml setiap kali berkemih. Gangguan berkemih dapat disebabkan oleh penurunan tonus otot kandung kemih, edema akibat trauma persalinan, atau rasa nyeri. Kebutuhan defekasi biasanya muncul pada hari pertama hingga ketiga postpartum. Konsumsi makanan tinggi serat, cairan yang cukup, dan mobilisasi yang baik dapat membantu kelancaran buang air besar. Jika dalam beberapa hari belum terjadi defekasi, dapat dipertimbangkan pemberian laksatif sesuai indikasi medis.

4) Kebutuhan Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

   Kebersihan diri sangat penting selama masa nifas untuk mencegah infeksi, terutama pada area genital yang mengalami luka atau laserasi akibat persalinan. Perawatan meliputi kebersihan tubuh, tangan, kuku, gigi, rambut, serta kebersihan vulva dan perineum. Area genital perlu dibersihkan dengan benar dan rutin, karena apabila kebersihan tidak terjaga dapat meningkatkan risiko infeksi postpartum yang dapat meluas hingga ke uterus. Oleh karena itu, edukasi mengenai personal hygiene menjadi bagian penting dalam asuhan nifas.

5) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

   Kebutuhan istirahat sangat di perlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu prustasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak di

penuhi. Pada tiga hari pertama dapat dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum secara teoritis, pola tidur akan mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan, kebutuhan tidur ibu nifas 7-8 jam / hari yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

6) Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual umumnya dapat dilakukan kembali setelah 6 minggu postpartum, yaitu ketika luka episiotomi, laserasi, atau luka bekas sectio caesarea telah sembuh dengan baik. Pada persalinan tanpa komplikasi dan tanpa luka, hubungan seksual dapat dipertimbangkan lebih awal, sekitar 3–4 minggu, setelah perdarahan berhenti dan tidak ada rasa nyeri. Penurunan libido sering terjadi pada bulan pertama postpartum akibat perubahan hormonal dan kelelahan. Oleh karena itu, komunikasi antara suami dan istri sangat diperlukan. Jika hubungan seksual masih menimbulkan nyeri (dispareunia), perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut dan dalam agama Islam diperbolehkan saat suci dari nifas.

7) Kebutuhan Perawatan Payudara

Perawatan payudara bertujuan mendukung kelancaran laktasi dan mencegah masalah seperti puting lecet atau bendungan ASI. Ibu menyusui perlu menjaga kebersihan dan kekeringan payudara serta menggunakan bra yang menopang dengan baik. Jika puting lecet, dapat diolesi ASI atau kolostrum setelah menyusui. Bila luka berat, menyusui

dapat dihentikan sementara dan ASI diperah untuk diberikan dengan sendok. Analgesik seperti paracetamol dapat diberikan sesuai kebutuhan.

8) Rencana Keluarga Berencana (KB)

Perencanaan KB pasca persalinan penting untuk memberikan jarak kehamilan yang ideal, menjaga kesehatan ibu, serta memberikan kesempatan bagi alat reproduksi untuk beristirahat. Konseling KB sebaiknya sudah diberikan sejak masa nifas agar ibu dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan, terutama yang aman bagi ibu menyusui.

2.4.4 Penatalaksanaan Masa Nifas

Penatalaksanaan masa nifas merupakan rangkaian asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu sejak setelah kelahiran plasenta hingga sekitar enam minggu (42 hari) postpartum, yaitu periode ketika organ reproduksi dan sistem tubuh ibu berangsur kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan. Asuhan ini bertujuan untuk menjaga stabilitas kondisi ibu, mencegah terjadinya komplikasi, serta mendukung proses adaptasi fisik, psikologis, dan sosial ibu terhadap peran barunya. Masa nifas memerlukan pemantauan yang komprehensif, berkesinambungan, dan terintegrasi oleh tenaga kesehatan.

Menurut (Kemenkes, 2024), asuhan kebidanan kepada ibu dalam masa nifas antara lain yaitu:

1) Kunjungan Nifas 1 (KF I) pada 6 – 8 jam pasca salin.
   a. Mencegah perdarahan akibat atonia uteri
   b. Mendeteksi apabila ada perdarahan dan melakukan rujukan apabila perdarahan tidak berhenti

c. Memberikan konseling tentang pemberian ASI awal dan perawatan bayi baru lahir.
d. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
e. Observasi ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah melahirkan.

2) Kunjungan Nifas 2 (KF II) pada 3 – 7 hari pasca salin.
a. Memastikan involusi uterus berjalan dan uterus berkontraksi dengan melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri.
b. Memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan, infeksi.
c. Memastikan nutrisi dan istirahat ibu nifas tercukupi.
d. Memastikan pemberian ASI lancar dan tidak penyulit.
e. Memberikan konseling perawatan bayi sehari-hari di rumah.

3) Kunjungan Nifas 3 (KF III) pada 8 – 28 hari pasca salin.
a. Memastikan involusi uterus berjalan dan uterus berkontraksi dengan
b. melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri.
c. Memastikan tidak ada tanda-tanda bahaya masa nifas, seperti
d. perdarahan, infeksi.
e. Memastikan nutrisi dan istirahat ibu nifas tercukupi.
f. Memastikan pemberian ASI lancar dan tidak penyulit.
g. Memberikan konseling perawatan bayi sehari-hari di rumah.
h. Memberikan konseling KB secara dini.

4) Kunjungan Nifas 4 (KF IV) pada 29 – 42 hari pasca salin
a. Menanyakan penyulit yang dialami oleh ibu selama masa nifas.

b. Memastikan ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya.

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas adalah sebagai berikut (Anggraini, 2022):

1) Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perenium, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin.
2) Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
3) Tanyakan pada ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
4) Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
5) Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
6) Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
   a. Perdarahan berlebihan
   b. Sekret vagina berbau
   c. Demam
   d. Nyeri perut berat
   e. Kelelahan atau sesak nafas
   f. Bengkak di tangan, wajah, tungkai, sakit kepala atau pandangan kabur
   g. Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan putting

7) Pencegahan dan Penanganan Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama kematian ibu sehingga pencegahan dan deteksi dini menjadi prioritas dalam masa nifas. Pemantauan dilakukan dengan memastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi atonia uteri. Anjuran menyusui dini diberikan untuk merangsang pelepasan hormon oksitosin yang membantu kontraksi uterus. Ibu juga perlu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya perdarahan seperti keluarnya darah dalam jumlah banyak, pembalut cepat penuh, atau adanya bekuan darah besar. Apabila ditemukan tanda tersebut, ibu harus segera mendapatkan penanganan medis di fasilitas kesehatan.

8) Perawatan luka dan kebersihan diri

Perawatan perineum bertujuan mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka episiotomi atau laserasi. Ibu dianjurkan menjaga kebersihan genital dengan membersihkan dari arah depan ke belakang serta mengganti pembalut secara teratur. Pada kasus persalinan sectio caesarea, luka operasi harus dijaga tetap bersih dan kering, serta dipantau adanya tanda infeksi seperti kemerahan, nyeri berlebihan, atau cairan bernanah. Edukasi mengenai personal hygiene menjadi bagian penting dalam mencegah infeksi puerperium.

9) Dukungan nutrisi dan laktasi

Masa nifas memerlukan peningkatan kebutuhan nutrisi, terutama bagi ibu menyusui yang membutuhkan tambahan energi sekitar 500 kkal per hari. Asupan cairan yang cukup, minimal 2–3 liter per hari, sangat

dianjurkan untuk mendukung produksi ASI dan mencegah dehidrasi. Makanan yang dikonsumsi harus mengandung gizi seimbang dengan kecukupan protein, zat besi, kalsium, vitamin, dan serat. Dukungan terhadap proses menyusui meliputi edukasi teknik perlekatan yang benar, anjuran menyusui secara on demand, serta pemantauan tanda kecukupan ASI pada bayi.

10) Mobilisasi dan aktivitas fisik

Mobilisasi dini dianjurkan untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi seperti tromboemboli. Pada persalinan normal, ibu dapat mulai bergerak dalam 6–8 jam postpartum jika kondisi stabil. Latihan ringan seperti senam nifas membantu mengembalikan tonus otot abdomen dan dasar panggul. Namun, aktivitas berat sebaiknya ditunda hingga kondisi tubuh benar-benar pulih, biasanya setelah enam minggu postpartum.

11) Dukungan psikologis dan edukasi

Adaptasi psikologis pada masa nifas sangat penting diperhatikan. Ibu dapat mengalami perubahan suasana hati seperti baby blues akibat fluktuasi hormon dan kelelahan. Oleh karena itu, dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan. Edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan berlebihan, demam tinggi, nyeri perut hebat, atau lochea berbau busuk harus diberikan agar ibu segera mencari pertolongan medis bila diperlukan.

12) Edukasi keluarga berencana

Edukasi mengenai keluarga berencana juga menjadi bagian dari penatalaksanaan masa nifas. Ibu perlu diberikan informasi tentang pilihan metode kontrasepsi yang aman selama menyusui, termasuk waktu penggunaan, manfaat, serta efek sampingnya. Perencanaan kehamilan yang tepat membantu menjaga kesehatan fisik ataupun mental ibu dan mencegah jarak kehamilan yang terlalu dekat.

2.5 Bayi Baru Lahir

2.5.1 Definisi

Bayi baru lahir atau neonatus adalah bayi yang berada pada rentang usia 0–28 hari setelah kelahiran. Pada periode ini, bayi mengalami proses penyesuaian fisiologis yang sangat penting, yaitu adaptasi dari kehidupan intrauterin (di dalam rahim) menuju kehidupan ekstrauterin (di luar rahim). Proses tersebut meliputi maturasi organ, kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan baru, serta toleransi fisiologis agar bayi dapat mempertahankan kehidupannya secara optimal (Saifuddin et al., 2020).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan cukup bulan, yaitu antara 37–42 minggu. Persalinan berlangsung spontan dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa bantuan alat. Bayi dikategorikan normal apabila memiliki berat badan lahir antara 2.500–4.000 gram, panjang badan sekitar 48–55 cm, nilai APGAR lebih dari 7, serta tidak ditemukan kelainan atau cacat bawaan (Prawirohardjo, 2020).

2.5.2 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Periode neonatal merupakan fase yang sangat kritis dalam kehidupan manusia. Sekitar 50% kematian bayi terjadi pada periode neonatal, yaitu dalam 28 hari pertama kehidupan, terutama pada minggu pertama setelah lahir. Kondisi ini menunjukkan bahwa proses adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin merupakan tahap yang sangat menentukan kelangsungan hidup. Penanganan yang kurang optimal pada masa ini dapat menyebabkan gangguan fisiologis, kecacatan jangka panjang, bahkan kematian (Saifuddin et al., 2023).

Adaptasi neonatal adalah proses penyesuaian fungsi organ dan sistem tubuh bayi dari ketergantungan terhadap plasenta menjadi mandiri setelah lahir (Mumtihani et al., 2023). Kemampuan ini disebut juga sebagai homeostasis, yaitu kemampuan tubuh mempertahankan keseimbangan internal. Apabila proses adaptasi terganggu, bayi berisiko mengalami gangguan kesehatan.

1) Periode Transisi Neonatal

Periode transisi adalah masa tidak stabil yang terjadi dalam 6–8 jam pertama setelah kelahiran, tanpa memandang usia gestasi maupun jenis persalinan. Fase ini terbagi menjadi dua periode reaktivitas dan satu fase tidur. Pada periode reaktivitas pertama (segera setelah lahir), bayi menunjukkan pernapasan cepat (hingga 60–80 kali/menit), denyut jantung dapat mencapai 160–180 kali/menit, serta dapat muncul retraksi ringan atau suara napas seperti mendengkur. Setelah fase ini, bayi memasuki fase tidur yang berlangsung beberapa menit hingga beberapa

jam. Selanjutnya terjadi periode reaktivitas kedua, ditandai dengan peningkatan respons terhadap rangsangan, perubahan warna kulit menjadi lebih kemerahan atau sedikit sianosis, serta peningkatan denyut jantung. Pada fase ini juga dapat terjadi produksi lendir berlebih yang berpotensi menyebabkan tersedak atau batuk.

2) Adaptasi Sistem Pernapasan

Selama di dalam rahim, janin memperoleh oksigen melalui plasenta. Setelah lahir, paru-paru harus segera berfungsi sebagai organ pertukaran gas. Pernapasan pertama biasanya terjadi dalam 30 detik hingga 1 menit setelah lahir. Rangsangan yang memicu napas pertama meliputi tekanan mekanik saat melewati jalan lahir, perubahan kadar oksigen dan karbon dioksida (stimulasi kimiawi), serta perubahan suhu lingkungan (stimulasi sensorik).

Perkembangan paru telah dimulai sejak usia kehamilan 24 hari dan mencapai maturitas struktural pada usia 34–36 minggu. Produksi surfaktan yang adekuat (sekitar 28 minggu) sangat penting untuk mencegah kolaps alveoli. Jika surfaktan kurang, dapat terjadi atelektasis dan gangguan pernapasan. Neonatus umumnya bernapas secara diafragmatik dengan frekuensi 40–60 kali per menit.

3) Adaptasi Sistem Kardiovaskular

Setelah lahir, terjadi perubahan besar dalam sistem sirkulasi darah. Struktur sirkulasi janin seperti foramen ovale, duktus arteriosus, dan duktus venosus akan menutup secara bertahap. Napas pertama menyebabkan paru-paru mengembang, resistensi vaskular pulmoner

menurun, dan aliran darah ke paru meningkat. Hal ini meningkatkan tekanan atrium kiri sehingga foramen ovale menutup secara fungsional.

Frekuensi denyut jantung bayi baru lahir berkisar 120–160 kali per menit. Pada hari-hari awal kehidupan dapat terjadi aritmia sinus ringan yang bersifat fisiologis. Selain itu, kadar hemoglobin bayi relatif tinggi (sekitar 17 g/dl) dan sebagian besar berupa hemoglobin fetal (HbF). Proses hemolisis sel darah merah setelah lahir dapat menyebabkan ikterus fisiologis pada hari ke-2 hingga ke-5.

4) Adaptasi Sistem Pencernaan dan Metabolisme

Sistem pencernaan mulai berfungsi sejak dalam kandungan, ditandai dengan adanya mekonium akibat penelanan cairan amnion. Setelah lahir, mekonium biasanya dikeluarkan dalam 24 jam pertama. Bayi cukup bulan mampu mencerna protein dan karbohidrat sederhana serta mengemulsikan lemak.

Kapasitas lambung bayi baru lahir sekitar 15–30 ml dan meningkat pada minggu pertama. Oleh karena itu, pemberian ASI dini sangat penting untuk menjaga kadar glukosa darah, merangsang fungsi hati, dan membantu sintesis vitamin K. Imaturitas hati menyebabkan rendahnya enzim glukuronil transferase, yang berkontribusi terhadap terjadinya ikterus fisiologis.

5) Adaptasi Sistem Termoregulasi

Neonatus rentan kehilangan panas karena luas permukaan tubuh yang relatif lebih besar dibandingkan berat badan. Untuk mempertahankan suhu tubuh, bayi menggunakan mekanisme *Non-Shivering*

Thermogenesis (NSR), yaitu pembakaran lemak coklat. Namun, cadangan lemak coklat terbatas sehingga bayi mudah mengalami hipotermia apabila tidak dijaga kehangatannya.

6) Adaptasi Sistem Ginjal dan Keseimbangan Cairan

Ginjal mulai berfungsi sejak trimester pertama, namun fungsi filtrasi glomerulus pada neonatus masih belum sempurna. Bayi diharapkan berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir. Produksi urin awal sekitar 20–30 ml/hari dan meningkat menjadi 100–200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Karena kemampuan konsentrasi urin masih rendah, bayi membutuhkan asupan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi.

7) Adaptasi Sistem Saraf

Sistem saraf bayi belum matang sempurna, namun cukup untuk mempertahankan kehidupan. Mielinisasi berlangsung secara bertahap mengikuti pola sefalokaudal dan proksimodistal. Refleks primitif seperti rooting, sucking, swallowing, moro, tonic neck, babinski, palmar grasp, dan stepping merupakan indikator fungsi neurologis yang baik dan membantu bayi bertahan hidup.

8) Adaptasi Sistem Imunologi

Selama kehamilan, bayi memperoleh imunoglobulin IgG dari ibu melalui plasenta yang memberikan kekebalan pasif hingga sekitar 6 bulan pertama kehidupan. Setelah lahir, bayi mulai membentuk IgM dan IgA sendiri. Meskipun demikian, sistem imun neonatus masih belum matang sehingga sangat rentan terhadap infeksi, terutama melalui saluran pernapasan dan pencernaan.

Keberhasilan adaptasi bayi baru lahir juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni:

1) Kondisi antepartum ibu (paparan zat toksik, infeksi, status kesehatan ibu).
2) Proses intrapartum (lama persalinan, penggunaan anestesi atau analgesik).
3) Kapasitas fisiologis bayi untuk beradaptasi.
4) Kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan penilaian dan penatalaksanaan dini terhadap masalah yang muncul.

2.5.3 Penatalaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan dengan tujuan untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang dapat muncul pada setiap kelahiran daam 10-20 per 1000 kelahiran (Mumtihani et al., 2023). Tujuan utama perawatan bayi baru lahir adalah untuk membersihkan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, dan pencegahan infeksi (Ayu Landari & Nevi Susianty, 2025). Adapun asuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1) Pencegahan infeksi
2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas pada bayi baru lahir dengan tiga pertanyaan yaitu :

a. Apakah kehamilan cukup bulan?
b. Apakah bayi menangis atau bernapas /tidak megap-megap?

c. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segara dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan nafas tidak dilakukan secara rutin (Kemenkes RI, 2021).

3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Hal yang dilakukan setelah pemberian oksitosin pada ibu adalah pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut dan genetalia bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan /bahan apapun pada tali pusat (Kemenkes RI, 2021).

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat teah dipotong, letakkan bayi tengkurap diatas dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit 45-60 menit dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara ibu (Wahyuni, 2021).

5) Pencegahan Kehilangan Panas

Pencegahan kehilangan panas dapat dilakukan dengan menunda memandikan bayi selama 6 jam setelah lahir serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi dengan kain yang bersih dan hangat (Wahyuni, 2021).

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian salep diberikan untuk pencegahan infeksi mata yang disebabkan oleh bakteri Chlamydia Trashomatis. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oksytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes 43 mata harus tepat 1 jam setelah bayi lahir. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah bayi lahir.

7) Pemberian Vitamin K

Pemberian vitamin K1 dosis tunggal dilakukan secara intramuskular di paha kiri dengan dosis 1 mg. Pemberian vitamin K1 bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir. Vitamin K diberikan dalam waktu 6 jam setelah bayi lahir (Ranuh, dkk. 2019).

8) Imunisasi Hepatitis B (Hb 0)

Imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan terhadap suatu penyakit dengan cara memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan ke dalam tubuh dan diharapkan tubuh dapat menghasilkan zat anti yang pada saatnya digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh (Rochmah, 2020). Imunisasi Hb 0 diberikan dipaha kanan secara intramuskular dan diberikan dalam waktu <12 dengan keterangan setelah pemberian vitamin K. Imunisasi Hb0 penting untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis B pada bayi.

9) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin adanya kelainan maupun komplikasi pada bayi. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang 44 (tidak menangis) dan pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.

10) Jadwal Kunjungan Neonatus

Fasilitas kesehatan akan melakukan pelayanan kesehatan neonatus dengan melakukan kunjungan neonatus 4 kali selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir (Wahyuni, 2021). Kunjungan neonatus dapat pada :

a. Kunjungan Neonatal Ke-1 (KN1)

KN 1 dilakukan dalam waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang harus dilakukan adalah menjaga kehangat tubuh bayi, berikan ASI ekslusif, dan perawatan tali pusat.

b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2)

KN 2 dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir. Hal yang harus dilakukan adalah menjaga kehangat tubuh bayi, berikan ASI ekslusif, perawatan tali pusat, dan melakukan pencegahan infeksi.

c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3)

KN 3 dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Hal yang harus dilakukan adalah periksa ada/tidak

tanda bahaya atau gejala sakit, jaga kehangatan tubuh, berikan ASI ekslusif, dan melakukan peraawatan tali pusat.

2.6 Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah prosedur tindakan yang dilakukan bidan sesuai dengan wewenang dalam lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan dengan memperhatikan pengaruh social budaya, psikologis, emosional, spiritual serta hubungan interpersonal dan mengutamakan keamanan ibu, janin dan penolong serta kebutuhan klien. Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Marfuah et al., 2023).

Asuhan kebidanan adalah bantuan oleh bidan kepada klien dengan menggunakan langkah-langkah manajemen kebidanan. Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis (Indryani, 2024). Berikut manajemen asuhan kebidanan menurut Kepmenkes RI Nomor 320 Tahun 2020:

1) Standar I : pengkajian

   Bidan menggali semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber ysng berkaitan dengan kondisi klien saat ini. Pengkajian diharapkan meliputi data yang tepat, akurat, dan lengkap, terdiri atas data subjektif dan data objektif dari klien.

2) Standar II : perumusan diagnosa kebidanan

   Bidan melakukan analisis data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menengakkan diagnosis dan masalah kebidanan yang tepat sesuai dengan kondisi klien. Perumusan diagnosis dan atau masalah ini harus sesuai dengan nomenklatur kebidanan dan masalah dirumuskan benar-benar sesuai dengan kondisi pasien dan sesuai dengan apa yang dikeluhkan pasien.

3) Standar III : perencanaan

   Berdasarkan diagnosis dan masalah yang ditegakkan, bidan kemudian merencanakan asuhan kebidanan.

4) Standar IV : implementasi

   Berdasarkan *evidence based* bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

5) Standar V : evaluasi

   Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan kondisi klien secara bertahap.